

初診

問診票		月	日
フリガナ		性別	男・女
氏名			
住所	〒		
生年月日	大・昭・平	年	月 日 (歳)
電話番号	(自宅) ()	(携帯)	()
緊急連絡先	— — (続柄)		
喫煙歴：	無 ・ 過去にあり (本 年) ・ 有 (本 年)		

当院は、診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆マイナ保険証により診療情報提供に同意しますか。 —————→ はい いいえ

◆他院からの紹介状はありますか。 —————→ はい いいえ

◆今日はどうのような事で来院されましたか？

☐胃痛 ☐吐き気 ☐嘔吐 ☐食欲不振 ☐胃カメラ希望

☐腹痛 ☐下痢 ☐便秘 ☐大腸カメラ希望

☐発熱 ☐頭痛 ☐めまい ☐体がだるい

☐その他()

◆その症状はいつからですか？ ()

◆現在他の医療機関に通院していますか？

いいえ・はい 医療機関：

治療内容

◆今服用しているお薬はありますか？※お薬手帳があればみせてください

(マイナ保険証による情報提供を許可された方は直近1か月分)

いいえ・はい お薬名：

◆これまでに大きな病気を患ったことはありますか？(入院や手術を要する病気等)

いいえ・はい 医療機関：

病名：

時期：

治療内容：

◆この1年間で健診(特定健診や高齢者健診)を受診しましたか？

いいえ・はい

◆これまでに薬や注射や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい 原因：

症状：

★女性の方におたずねします。

妊娠の可能性はありますか？ いいえ・わからない・はい (週目)

授乳中ですか？ いいえ・はい